

«Tétanos »

I- INTRODUCTION :

1. TOXI-INFECTION GRAVE.
2. BACILLE TELLURIQUE « CLOSTRIDIUM TETANI ou BACILLE DE NICOLAIRE »
3. MORTALITE +++/MALGRE LES PROGRES DE REANIMATION
4. NON CONTAGIEUSE/NON IMMUNISANTE
5. CLINIQUE : TRISMUS++++ CONTRACTURES++ ↘
DIAGNOSTIC(+)

6 TRAITEMENT ⇒ SYMPTOMATIQUE
 ⇒ PREVENTIVE++++(VACCINATION)

7 URGENCE MEDICAL A DECLARATION OBLIGATOIR

II- EPIDEMIOLOGIE

a)Agent causal : ⇒ clostridium tétanie

BGP/Anaérobie strict

⇒ Spores (F résistantes)

⇒ Exotoxine : Tetanospasmine (tropisme neurologique)

b) Fréquence : ⇒ Rare : pays développés (vaccination)

⇒ Fréquent : Pays sous développés

c)transmission : Réservoir tellurique, la pénétration dans l'organisme de spores tétanique ne peut se produire que s'il y a une effraction cutanée et/ou muqueuse

d) Portes d'entrée : plaies cutanées ou muques superficielles ou profondes

.fractures ouvertes

.plaies chroniques (ulcère variqueux, mal perforant plantaire...)

.obstétrique : avortement accouchement septique

.tétanos ombilical /N nés

.post injection

III) physiopathologie (Le germe et sa toxine) : le bacille de nicolaïer secrète une toxine neurotrope. À partir de la porte d'entrée, la toxine diffuse par voie nerveuse, également par voie sanguine pour atteindre le système nerveux centrale et se fixe au niveau des centres moteurs de la moelle épinière.

-La toxine supprime les phénomènes d'inhibition permettant une stimulation réflexogène, d'entraîner des réponses d'excitation multiples et in coordonnées (par blocage de la libération des neurotransmetteurs=inhibiteurs des neurones alpha d'où activité incontrôlée et par conséquent **spasticité**) aboutissant à la contracture tétanique.

III- Clinique :

Type de description = la forme généralisée du sujet non vacciné

***Incubation :** elle est variable de **6 à 15** jours et parfois plus, elle est souvent difficile voire même impossible à déterminer quand la plaie est minime et passé inaperçue.

-Elle peut être prolongée par une sérothérapie préventive insuffisante ou par une vaccination incomplète.

-Il est important de la préciser car les incubations courtes correspondent à des tétanos graves et des incubations longues correspondent à des tétanos bénins.

***Invasion :** elle peut ne durer que quelques heures ou s'étendre sur plusieurs jours (jusqu'à **8 jours**), lorsque l'invasion est courte moins de 48h le tétanos est grave et quand elle est longue le tétanos est bénin.

-Le symptôme inaugurale est le **trismus** suivi par la dysphagie puis par des contractions faciales et cervicales, le trismus est la contracture des muscles masséters bloquant l'ouverture de la mâchoire, il est d'abord ressenti comme une gêne à la mastication, il apparaît et se renforce toujours lors de la mastication puis il devient permanent, il est irréductible, invincible, symétrique peu ou non douloureux et non accompagné de fièvre.

*: « **Extension de la contracture** » :

- Au niveau de pharynx, elle entraîne une dysphagie non douloureuse avec stase salivaire.
- A la face, la contracture entraîne une accentuation des rides de front, les commissures labiales sont striées en dehors, les lèvres serrées, les plis nasogéniens sont marqués, les sourcils sont foncés avec réduction des fentes palpébrales par contracture des orbiculaires des paupières. ⇒ **Rire sardonique**
- La contracture fait saillir les muscles sterno-cléido-mastoïdiens et donne une raideur de la nuque

***phase d'état :**

-c'est la phase de tétanos généralisé caractérisé par un fond de contracture sur le quel se greffent des paroxysmes

La contracture généralisée ;le tétanos est généralisé lorsque la contracture s'étend aux muscles de la nuque , le tronc et les membres, la contracture des muscles para vertébraux entraîne une hyper lordose lombaire, la respiration est faible par contracture des muscles inter costaux et du diaphragme, l'abdomen est de bois, les membres sup sont en flexion, les membres inférieure sont en flexion pronation ,ces contractures sont généralisé,permanentes,douloureuse

Les paroxysmes : se sont des renforcement des contractions de type tonique voire tonic clonique souvent provoqué par stimuli sensoriel (bruits lumière) ils sont incontrôlables et peuvent provoquer des déchirements musculaire, des apnées, un arrêt respiratoire des fractures

L'état général : est altéré des sueur abondantes ,instabilité tensionnelle, une tachycardie, bradycardie, les pertes hydrique et catabolique sont importantes ⇒ cachexie et trouble électrolytique

IV- Evolution :

- Le tétanos est une maladie grave, le pronostic dépend de :
La période d'incubation, d'invasion, atteinte des fonctions respiratoires, les accès de la contracture et la rapidité d'installation, terrain, âge extrême.
- L'évolution du tétanos peut être émaillée de nombreuses complications :
 1. Complications respiratoires : infections pulmonaires ...
 2. Complication cardiovasculaire : collapsus, phlébites ...
 3. Complications digestives : constipation, vomissements, hémorragies digestives ...
 4. Complications infectieuses ...

V- Formes cliniques :

a) **Le tétanos céphalique** : la porte d'entrée est faciale, ces tétanos peuvent être localisés ou généralisés, on distingue :

***Le tétanos céphalique non paralytique** : bénin.

***Le tétanos céphalique de rose** : avec paralysé faciale du coté de la plaie.

***Le tétanos ophtalmoplégique de Worms** : avec atteinte du **3, 4, 6** il est rare mais grave.

b) **Le tétanos des membres** : rare et de diagnostic difficile, il est bénin et survient chez un sujet vacciné ou chez un sujet ayant subit une sérothérapie.

VI- Diagnostic différentiel :

Il faut éliminer les autres causes de trismus : *abcès dentaire, fébrile, asymétrique, douloureux, *angine, arthrite temporo-maxillaire,

-le trismus neurologique dans un contexte cérébrale : tumeur, AVC du tronc cérébral, ou en relation avec un surdosage ou une sensibilité à certains neuroleptiques.

VII- Traitement :

*Hospitalisation en réanimation quelque soit la gravité du tétanos pour pouvoir réaliser une intubation et broncher le malade à une respiration artificielle en cas de troubles respiratoires.

a) Traitement curatif :

-**Nettoyage et parage** de la plaie, retrait d'un corps étranger.

-Toute intervention sur plaie est effectuée après sous sérothérapie et sous antibiothérapie.

-**L'antibiothérapie** est systématique par voie générale au cour du tétanos, elle inhibe le bacille nicolaïer et lutte contre la surinfection.

On utilise la **Pénicilline G** 3 à 4 million unités par 24 heures.

Dr BELKADI

maladies infectieuses

-**La sérothérapie** est discuté, elle est prescrite des doses modérés de 5000 à 15000 UI chez adulte par voie sous cutané,

-elle expose à la maladie sérique mais la solution c'est l'utilisation de gamma globuline spécifique par voie IM à la dose 1500 à 6000U, les gamma globuline peuvent être injecté directement en intrarectale (sous arachnoïdien).

-Vaccination antitétanique

Par l'anatoxine antitétanique, se donne par voie IM ou sous-cutanée :

3 injections à 1 mois d'intervalle à partir de l'âge de 2 mois puis un rappel à 1 an, à 5 ans puis tous les 10ans.

-La tolérance et efficacité sont bonnes, aucune contre indication.

b) Traitement symptomatique :

-Isolement du malade dans une chambre individuel peu obscure, calme.

-Les manipulations doivent être réduites au minimum.

-Les sédatifs et médicaments décontracturants représentent un moyen thérapeutique majeur dans le traitement du tétanos, **Diazépam = Valium®** dont la posologie adapté à l'importance des contractures parfois 300 à 400 mg

-La curarisation massive et prolongée est abandonnée à cause des complications végétatives et tout particulièrement la fréquence des collapsus grave.

-Réanimation respiratoire, constitue le complément thérapeutique indispensable du traitement sédatif, elle est formellement indiquée dès qu'il existe une dysphagie, en encombrement bronchique, une contracture thoracique et des paroxysmes répétés.

-Réanimation hydro électrolytique.

-Prévention des hémorragies digestives de stress.

-Prévention des complications thrombo-emboliques par les anticoagulants.

c) Conduite à tenir devant une plaie :

-Nettoyage de la plaie mais :

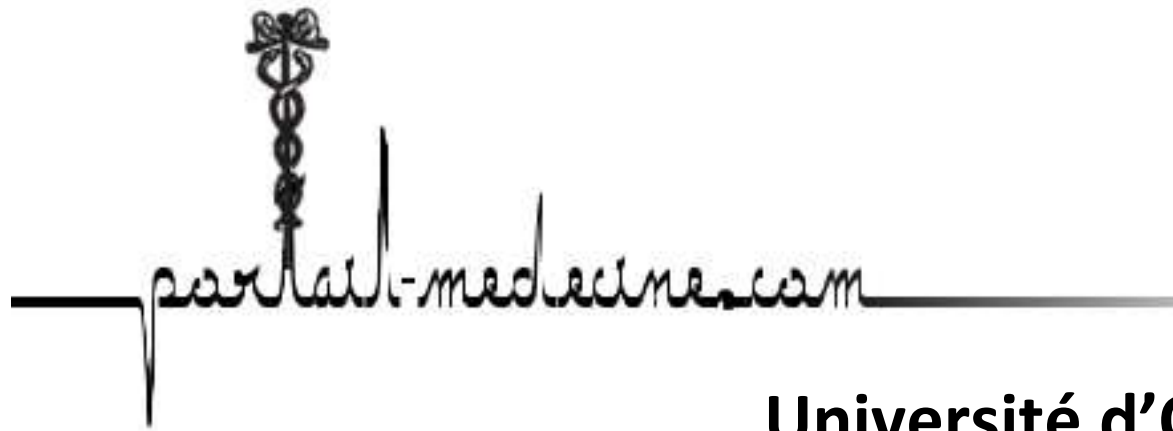
-Si le sujet n'est pas vacciné : vaccination + sérothérapie.

-Si le sujet est vacciné plus de 10 ans : vaccination + sérothérapie.

-Si sujet vacciné mais moins de 10 ans : une seule injection de rappel est suffisante.

-Vacciné moins de 5 ans : rien à faire, juste nettoyage.

-Antibiothérapie par voie générale si la plaie n'est pas dangereuse.



Université d'Oran Faculté de Médecine

Tous droits réservés. Ce fichier peut être diffusé librement à condition que ce soit gratuitement et qu'il n'y soit apporté aucune modification.

*Auteur : Dr BELKADI
Numérisation: le 8 septembre 2014*